

富良野市長 様

令和 年 月 日

富良野市骨髄移植後等の任意予防接種費用助成対象者認定に係る意見書

骨髄移植、末梢血幹細胞移植及び臍帯血移植または化学療法等その他の医療行為により、治療前に接種した予防接種法に基づく定期の予防接種の予防効果が期待できない者について、この度、予防接種の再接種が可能な状態と認められるため、次のとおり意見書を提出します。

なお、再接種の必要性及び副反応については十分に説明しています。

記

対象者	住 所	富良野市
	氏 名	フリガナ
	生年月日	平成・令和 年 月 日 (満 歳 カ月)
接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できない理由	<p>骨髄移植、化学療法等により、接種済みの予防接種の予防効果が期待できないため</p> <p>* 疾病、治療内容などについて記載してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 疾病の名称</li> <li>・ 治療の内容など</li> </ul>	
接種する予防接種 * 再接種する予防接種に○をつけてください。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ヒブ</li> <li>・ 小児用肺炎球菌</li> <li>・ B型肝炎</li> <li>・ DPT-IPV (四種混合)</li> <li>・ DPT (三種混合)</li> <li>・ DT (二種混合)</li> <li>・ 不活化ポリオ</li> <li>・ MR (麻しん風しん)</li> <li>・ 麻しん</li> <li>・ 風しん</li> <li>・ 水痘</li> <li>・ 日本脳炎</li> <li>・ ヒトパピローマウイルス (HPV)</li> <li>・ BCG</li> </ul>	
接種が可能となった日	令和 年 月 日	
医療機関名		
医療機関所在地		
電話番号	記載年月日：令和 年 月 日	
	医師氏名 _____	

\* この意見書の発行に費用が必要な場合は、費用助成の対象外ですので申請者の負担となります。

\* ご記入いただいた内容につきまして、富良野市より内容照会を行う場合がありますので、ご協力いただきますようお願いいたします。